

## HOOFSTUK 7

### SAMEVATTING, GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

#### 7.1 Inleiding

Hierdie hoofstuk word benut ten einde 'n opsommende oorsig van vorige hoofstukke te weergee. Daar word gelet op die bereiking van die doelstelling en doelwitte vir hierdie studie soos in hoofstuk 1 geformuleer. Die hooftrekke van die literatuurstudie wat hoofstukke 2, 3 en 4 insluit word saamgevat en sekere gevolgtrekkings word gemaak. Daar word ook na die kwantitatiewe bevindings van hoofstuk 6 gekyk en gevolgtrekkings word na aanleiding hiervan gemaak. Daar word laastens gekyk na aanbevelings ten opsigte van hulpverlening aan Afrika-vroue met MIV en hul gesinne. Daar sal ook aanbevelings gemaak word ten opsigte van die empiriese studie sowel as verdere navorsing.

#### 7.2 Samevatting en Bereiking van Doelstellings

In hoofstuk 1 is die volgende aspekte volledig aangespreek ten einde 'n raamwerk te vorm waarop die navorsingsproses gebaseer is en waarvolgens navorsing verloop het in hierdie studie: inleiding en motivering vir die keuse van die onderwerp, probleemformulering, doelstelling en doelwitte vir die studie, stellings vir die studie, die navorsingsbenadering, soort navorsing, navorsingsontwerp, navorsingsprosedure en werkwyse, die voorondersoek, omskrywing van die universum, afbakening van die steekproef en wyse van steekproefneming, die definisies van hoofkonsepte en inhoud van die navorsingsverslag.

In hoofstuk 1 is die volgende doelstelling en doelwitte geformuleer:

- **Doelstelling**: Om ondersoek in te stel na die psigososiale behoeftes en ander probleme wat deur swart Afrika-vroue met MIV/Vigs en hul gesinslede ervaar word, ten einde 'n riglyn saam te stel wat benut kan word tydens MIV-berading.

Die doelstelling vir hierdie studie is bereik deurdat kennis en insig van die psigososiale behoeftes en ander probleme wat deur Afrika-vroue met MIV/Vigs en hul gesinne ervaar word, bekom is. Eksplorering van die behoeftes en probleme soos bogenoem, het aanleiding gegee tot die samestelling van 'n profiel van Afrika-vroue met MIV/Vigs en hul gesinne, ten einde 'n riglyn te kon saamstel waarvolgens hulpverlening deur die maatskaplike werker en ander MIV-beraders gebied kan word.

- **Doelwit 1: Om MIV/Vigs as siektetoestand te omskryf en na die beskikbaarheid, bekostigbaarheid en effektiwiteit van anti-retrovirale middels in Suid-Afrika te kyk deur middel van 'n literatuurstudie waarin resente gebeure bespreek word.**

Doelwit 1 is bereik deur middel van 'n in-diepte studie in hoofstuk 2 van MIV/Vigs as siektetoestand waardeur insig en kennis bekom is van die wyses waarop MIV/Vigs oorgedra word en hoe dit die geïnfekteerde persoon se gesondheid beïnvloed. Daar is gekyk na die venster periode, die asimptomatiese fase, die vroeë simptomatiese fase, die laat simptomatiese fase en die terminale fase van MIV/Vigs. Belangrike konsepte wat die funksionering van MIV/Vigs as retrovirus meer duidelik maak is ook omskryf. Resente verwikkelings aangaande die beskikbaarheid, bekostigbaarheid en effektiwiteit van anti-retrovirale middels, asook die ontwikkeling van 'n MIV-entstof in Suid-Afrika is verder in die literatuurstudie saamgevat. Bogenoemde dra by tot insigontwikkeling ten opsigte van die finansiële en politiese dinamika agter die beskikbaarheid van anti-retrovirale middels in Suid-Afrika.

- **Doelwit 2: Om die psigososiale implikasies van MIV/Vigs op die geïnfekteerde persoon en haar gesin te eksplorieer deur middel van 'n volledige literatuurstudie.**

Doelwit 2 is bereik deur 'n volledige literatuurstudie waar die psigososiale aspekte van MIV/Vigs by Afrika-vroue geëksplorieer is ten einde insig te bekom van sekere verskynsels wat die Afrika-vrou meer kwesbaar maak om MIV op te doen. Daar is verder gekyk na hoe die Afrika-vrou se gesin geaffekteer word na aanleiding van MIV/Vigs deur let op MIV-geïnfekteerde gesinslede, maar ook te kyk na gevoelens en

houdings van nie-geïnfekteerde gesinslede. Insig ten opsigte van die funksionering van die MIV-gesin is dus bekom.

- **Doelwit 3: Om na belangrike aspekte van MIV-berading te kyk wat tydens hulpverlening aan die Afrika-vrou met MIV/Vigs en haar gesin, in ag geneem behoort te word.**

Doelwit 3 is bereik deur kennis te bekom van belangrike aspekte van MIV-berading wat in 'n literatuurstudie saamgevat is. Insigontwikkeling ten opsigte van die belang van sekere aspekte tydens voortoets- en natoets berading, berading gedurende die tussen-fase en sterwensbegeleiding asook berading vir spesifieke kliënte was dus moontlik.

- **Doelwit 4: Om 'n empiriese ondersoek te onderneem ten einde te bepaal watter psigososiale behoeftes en ander probleme deur Afrika-vroue met MIV/Vigs ervaar word en aandag te skenk aan gesinslede wat deur bogenoemde geaffekteer word.**

Doelwit 4 is bereik deur middel van 'n volledige empiriese ondersoek waar daar gepoog is om nuwe kennis te bekom aangaande die impak van MIV/Vigs op alle moontlike aspekte van die Afrika-vrou en haar gesin se lewens. Daar is dus kennis en insig bekom ten opsigte van die volgende:

- Huislike en finansiële omstandighede
- Psigososiale aspekte van bekendmaking
- Seksuele verhoudings en swangerskap
- Mediese aspekte
- Emosionele en psigososiale aspekte van MIV/Vigs
- Beradingsbehoefte van die Afrika-vrou met MIV/Vigs.

- **Doelwit 5: Om 'n riglyn saam te stel waarvolgens hulpverlening gebied kan word aan Afrika-vroue met MIV/Vigs en ander gesinslede wat geaffekteer word.**

Doelwit 5 is bereik deur na aanleiding van die literatuurstudie, die empiriese bevindings en praktykervaring 'n eenvoudige en duidelike riglyn saam te stel waarvolgens hulpverlening deur middel van MIV-berading aan Afrika-vroue met MIV/Vigs en hul

gesinne gelewer kan word. Die riglyn volg ook 'n chronologiese verloop deur veral te let op die fases in MIV-berading.

### **7.2.1 Gevolgtrekkings ten opsigte van doelbereiking**

- Na aanleiding van die bereiking van bogenoemde doelstelling en doelwitte was dit duidelik dat spesifieke behoeftes en probleme by Afrika-vroue met MIV/Vigs en hul gesinne bestaan. Gaitley (1989:11) het reeds gedurende die laat 1980's verwys na MIV as 'n komplekse siekte wat ernstige psigososiale gevolge inhou wat stigmatisering, diskriminering en ostrasisme insluit. Dit blyk egter dat daar steeds min navorsing bestaan aangaande die Afrika-vrou met MIV en die behoeftes en probleme wat deur haar en haar gesinslede ervaar word.
- Bogenoemde behoeftes kan slegs aangespreek word waar daar oor die nodige insig en kennis beskik word van alle vlakke waarop persone geaffekteer word as gevolg van MIV/Vigs. Volgens die Witskrif vir Maatskaplike Welsyn (1997:90) was laasgenoemde nie bevredigend nie en dit blyk dat kennis van MIV as siektetoestand nodig is ten einde beter samewerking tussen maatskaplike werkers en die gesondheidsstelsel mee te bring. Dit is dus nodig dat die maatskaplike werker goeie kennis dra van MIV as siektetoestand ten einde beter hulpverlening te bied wat die psigososiale en ander probleme wat 'n direkte gevolg van MIV mag wees, aanbetref.
- Waar die maatskaplike werker noodgedwonge in die posisie van aktivis geplaas mag word waar die regte van ander geskend word, sou dit nodig wees om oor kennis te beskik van die bekikbaarheid, bekostigbaarheid en effektiwiteit van anti-retrovirale middels in Suid-Afrika. Aangesien ernstige probleme ten opsigte van die beskikbaarheid van laasgenoemde in Suid-Afrika voorgekom het, sou dit van die maatskaplike werker vereis om die regte van persone met MIV/Vigs om van anti-retrovirale middels voorsien te word, op te weeg teen redes wat aangevoer mag word om hierdie middels nie aan geïnfekteerde persone te voorsien nie.
- Waar die Afrika-vrou as gevolg van verskeie redes in 'n minderheidsposisie geplaas word, en verder benadeel word as gevolg van die voorkoms van MIV, is dit nodig om insig te dra van haar psigososiale behoeftes en ander probleme, ten einde die Afrika-

vrou te bemagtig sodat sy mag aandring op sekere regte, byvoorbeeld die reg tot veilige seksuele omgang.

- Kennis van MIV-berading ten einde effektiewe hulpverlening te bied skep die moontlikheid dat talle persone met MIV/Vigs en hul gesinne bygestaan kan word ten einde verbeterde lewenskwaliteit te handhaaf. Dit is dus nodig dat meer maatskaplike werkers en ander professionele- en selfs leke beraders oor die nodige insig en kennis beskik om probleme wat mag voorkom te help konfronteer en ook ander behoeftes te hanteer.

### **7.3 Samevatting en gevolgtrekkings van die literatuurstudie**

Deur middel van 'n volledige literatuurstudie is verskeie doelwitte vir hierdie studie bereik. Daar word dan vervolgens gekyk na watter hoofstukke verband hou met doelwitbereiking en hierdie hoofstukke word kortliks saamgevat ten einde 'n oorsig van die literatuur te gee en kort gevolgtrekkings van elke hoofstuk te maak.

#### **7.3.1 Hoofstuk 2: Teoretiese fundering vir MIV/Vigs as verskynsel en mediese aspekte wat met MIV/Vigs verband hou**

**Doelwit 1:** Om MIV/Vigs as siektetoestand te omskryf en na die beskikbaarheid, bekostigbaarheid en effektiwiteit van anti-retroviralemiddels in Suid-Afrika te kyk deur middel van 'n literatuurstudie waarin resente gebeure bespreek word.

##### **7.3.1.1 Samevatting**

###### **Die ontstaan van MIV**

Hierdie afdeling het gefokus rondom die ontstaan van MIV/Vigs aangesien daar dikwels onwaarhede en mites hieraan gekoppel word, en dit dus nodig was om onduidelikhede op te klaar ten einde MIV/Vigs as siektetoestand te verstaan. Daar is gekyk na MIV/Vigs vanaf die eerste persoon wat in New York gesterf het as gevolg daarvan, asook die identifisering daarvan in Suid-Afrika by twee gevalle slegs twee jaar later. Daar is ook

gekyk na MIV as retrovirus wat gedurende die 1930's en selfs so vroeg as die 1920's die spesiegrens tussen mens en dier oorgesteek het.

- **Wyses van oordraging van MIV**

In hierdie afdeling is daar gefokus op die wyses waarop MIV oorgedra kan word. Hierdie inligting is van belang aangesien onnodige vrese ten opsigte van die oordraging van MIV daardeur gekonfronteer kan word. Infektering wat dui op die oordra van die virus vanaf een persoon na 'n ander kan dan slegs op die volgende wyses geskied:

- Deur seksuele omgang met 'n geïnfekteerde persoon, spesifiek onveilige seksuele omgang
- Deur blootstelling aan geïnfekteerde bloed
- Deur die geïnfekteerde moeder aan die fetus.

- **MIV-toetsing**

Onder hierdie afdeling is daar gekyk na die tipe MIV-toetse wat beskikbaar is en wanneer toetsing ondergaan behoort te word. Daar is gekyk na die ELISA of die *enzyme-linked immunosorbent assay* wat 'n *teenliggaam* toets is, wat dui daarop dat die toets uitvoer word ten einde teenliggaampies wat deur die liggaam geproduseer is teen die MI-virus, waar te neem. Die venster periode van die virus beperk egter die ELISA toets, aangesien die teenliggaampies nie gedurende hierdie periode waargeneem kan word nie. Dit is dus nodig dat twee ELISA toetse oor 'n tydperk ondergaan word, veral waar die persoon moontlik nog in die venster periode van die virus verkeer. 'n Meer definitiewe toets naamlik die Western Blot toets, wat ook 'n *teenliggaam* toets is kan later ondergaan word. Daar bestaan ook *antigeen* toetsing vir MIV, wat bekend staan as PCR (*polymerase chain reaction technique*). Laasgenoemde impliseer toetsing ten einde dele van die virus se materiaal self waar te neem. Hierdie tegniek word egter gebruik vir navorsingsdoeleindes en nie vir kliniese diagnostiese toetsing nie.

Daar bestaan ook 'n vorm van toetsing wat nog nie in Suid-Afrika benut word nie naamlik "*rapid*" of snelle MIV-toetsing. Deur hierdie toets word teenliggaampies waargeneem binne 5-30 minute na toetsing. 'n Tweede snelle toets sal ook na 'n tydperk

van 25 dae ondergaan word waar die eerste toets reaktief was, dit wil sê positief gereageer het op MIV-teenliggaampies.

- **Fases in MIV/Vigs**

In hierdie afdeling is daar gelet op die fases van MIV/Vigs. In MIV/Vigs bestaan daar hoofsaaklik vyf fases wat die venster periode, die asimptomatiese fase, die vroeë simptomatiese fase, die laat simptomatiese fase en die terminale fase insluit. Die venster periode dui op 'n 3-6 maande periode wat dit die MIV-teenliggaampies neem om geproduseer te word nadat MIV-infeksie plaasgevind het. Dit word veral gekenmerk aan 'n kort periode van 10-21 dae wat volg direk na infektering. Gedurende hierdie periode word daar hoër vlakke van die virus geproduseer as in enige ander fase, hoewel die teenliggaampies wat die liggaam teen die virus ontwikkel meestal eers na ses maande vanaf infektering waargeneem kan word.

Die asimptomatiese fase is 'n uitgerekte fase waar die persoon van gesond tot siek kan beweeg aangesien ernstige immunologiese agteruitgang voorkom. Angstigheid, spanning, depressie en hiperventilasie kom ook dikwels voor waar 'n persoon vermoed dat sy MIV-positief is. Die Vroeë simptomatiese fase is die volgende fase waar kroniese siekte met mediese simptome voorkom. Ligte simptome soos gewigsverlies, koors, uitslag, moegheid, geswolle kliere en bors infeksies soos verkoue kom voor. Gedurende hierdie fase kan die meeste geïnfekteerde persone hul normale daaglikse aktiwiteite uitvoer sonder om enige ernstige probleme te ervaar.

Die laat simptomatiese fase word gekenmerk deur ernstiger simptome as die vorige fase. Simptome soos nagsweet, koors, uitslag, geheue verlies, diarree, moegheid, gewigsverlies, vergrote kliere, herpes en sekere kanker sere kom voor. Soos wat die CD4 sel telling laer word sal die geïnfekteerde persoon ernstiger simptome beleef en verskeie opportunistiese infeksies sal voorkom.

Die terminale fase kom voor wanneer die CD4 sel telling laer as 200 selle per mikroliter daal en sekere Vigs-indikatore soos Kaposi's sarcoma, pneumocystis pneumonie,

indringende servikale kanker en tuberkulose voorkom. Baie min persone sterf egter voordat die sel telling nie laer as 50 selle per mikroliter bloed is nie.

- **Beskikbaarheid van anti-retrovirale medikasie in Suid-Afrika**

Hierdie afdeling het gefokus op redes waarom anti-retrovirale middels nie in die verlede beskikbaar was in Suid-Afrika nie, en waarom daar steeds probleme ervaar word om hierdie middels in Suid-Afrika beskikbaar te stel. Soos baie ander derde wêreld lande beskik Suid-Afrika nie oor die nodige kapasiteit en hulpbronne om self die medikasie vir MIV/Vigs pasiënte te administreer en te verskaf nie. Die hoë pryse wat betaal word vir hierdie anti-retrovirale middels het groot ongelukkigheid in verskeie Afrika-lande, asook in Suid-Afrika gewek. Die regering wat nie anti-retrovirale middels wou voorsien nie, het eerder gefokus op armoede en die gebruik van anti-retrovirale middels as aspekte wat moontlik aanleiding kan gee tot Vigs. Sekere anti-retrovirale middels soos AZT en Nevirapien is beskikbaar gestel by staatshospitale nadat die regering so beveel is deur 'n hof uitspraak. Daar bestaan egter tans steeds 'n moontlikheid dat sekere middels soos Nevirapien gederegistreer mag word en dus nie meer beskikbaar sal wees in Suid-Afrika nie.

- **Spesifieke anti-retrovirale middels**

Onder hierdie afdeling is daar spesifiek na twee middels gekyk wat algemeen bekend is naamlik AZT en Nevirapien. *Azidothymidine*(AZT) was die eerste anti-retrovirale medikasie en is gedurende 1987 goedgekeur. AZT word beskou as die middel wat publieke opinie ten opsigte van MIV verander het, aangesien daar nou vir die eerste keer behandeling vir geïnfekteerde persone beskikbaar was. AZT kan beskryf word as 'n geselekteerde gif teen MIV, aangesien dit selle toelaat om aan te hou groei en genetiese materiaal te vervaardig, maar MIV nie effektief geproduseer kan word nie. Vigs pasiënte wat AZT neem toon toenemende oorlewing

Nevirapien is 'n middel wat gedurende 1999 deur die Amerikaanse Nasionale Instituut vir Gesondheid by die Mulago-hospitaal in Uganda getoets is. Met hierdie middel is daar gepoog om die oordrag van MIV van moeder na kind te verminder tydens swangerskap.



In Uganda is 'n groep van 308 vroue met AZT behandeling en 'n groep van 310 vroue met Nevirapien. Slegs 13,1% van die vroue wat met Nevirapien behandeling is se babas het MIV-positief getoets, terwyl 25,1% van die vroue wat met AZT behandeling is se babas MIV-positief getoets het. Nevirapien is dus nie net meer effektief as AZT wat moeder-tot-kind oordrag aanbetref nie, maar die nodige eenmalige toediening daarvan kos slegs R24 per persoon, terwyl AZT teen R600 per persoon voorsien kan word en oor die laaste vier weke van die swangerskap toegedien moet word. Die volgende eenvoudige stappe dui die proses aan waar Nevirapien toegedien sal word waar dit beskikbaar is by staatshospitale:

- Swangerskap word bevestig
- Die vrou word gevra of sy berading wil ontvang en getoets wil word
- Indien skriftelike toestemming van die vrou ontvang word, word berading verskaf en die vrou ondergaan MIV-toetsing
- Indien die vrou MIV-negatief toets word sy van die program verwyder en gevra om die baba te borsvoed
- Indien die vrou MIV-positief toets word berading voorsien en die vrou word Nevirapien aangebied
- Die vrou word aangeraai om nie haar baba te borsvoed nie
- Die Nevirapien-tablet word soms saam huis toe gegee
- Die vrou drink Nevirapien sodra kraampyne begin
- Dokters word opgelei om nie instrumente gedurende geboorte te gebruik nie en die vrou se water moet verkieslik nie spontaan breek nie
- 'n Keisersnee kan die kans op oordrag van MIV van moeder na kind met ongeveer 50% verlaag
- Binne 72 uur na geboorte kry die baba Nevirapien-druppels in die mond.

Daar bestaan egter die moontlikheid van die deregistrasie en onttrekking van Nevirapien uit Suid-Afrika, aangesien die effektiwiteit en veiligheid van Nevirapien bevraagteken word, ten spyte daarvan dat hierdie aspekte reeds gedurende 2000 in die Nevirapien-studie in Suid-Afrika aangespreek is, en dit as veilig en effektief bewys is.

- **Die ontwikkeling van ‘n MIV-entstof in Suid-Afrika**

Hierdie afdeling was ‘n samevatting waar daar gelet is op die ontwikkeling van ‘n MIV-entstof in Suid-Afrika. Daar word spesifiek gefokus op C-MIV wat die spesifieke sub tipe van MIV-1 is waardeur 90% van alle MIV-geïnfekteerde persone in die land geïnfekteer word. Die ontwikkeling van ‘n entstof in Suid-Afrika is volgens die *South African Aids Vaccine Initiative*(SAAVI) gebaseer op die volgende aspekte:

- Die entstof behoort eerstens veilig te wees en die immunsisteem teen siektes te beskerm terwyl dit minimale newe-effekte toon
- Entstowwe bevat dikwels antigene en stukkies materiaal van die siekteveroor sakende mikrobe wat die immuunsisteem kan stimuleer om te reageer en dus potensiële infeksie sal afweer
- ‘n Voorkomende entstof behoort die aanval van die MI-virus op die immunsisteem te stop, en dus te voorkom dat CD4 selle aangeval word wat aanleiding gee tot ernstige oppertunistiese siektes soos TB
- Aangesien so te sê alle MIV-geïnfekteerde persone in Suid-Afrika deur C-MIV geïnfekteer word, is die entstof gebaseer op ‘n mengsel van die C-virus en ‘n ander siekte wat veral onder perde gevind word naamlik *Venezuelan Equine Encephalitis*(VEE)
- Die entstof word aanvanklik op diere getoets, maar sodra dit goedgekeur word sal die entstof in ‘n eerste fase op ‘n klein groep vrywilligers getoets word om die veiligheid van verskillende dosisse van die entstof te bepaal. Indien daar geen nadelige effek waargeneem word nie, sal die entstof in fase twee getoets word om te bepaal of dit ‘n immuun-respons stimuleer. In fase drie sal die entstof op grootskaal beproef word waarby duisende individue ingesluit kan word.

### 7.3.1.2 Gevolgtrekkings ten opsigte van hoofstuk 2

- MIV/Vigs is in die verlede deur beide professionele persone en die publiek gestigmatiseer na aanleiding van spekulاسie oor die ontstaan daarvan en die wyse waarop MIV oorgedra word. Hierdie spekulاسies en stigmatisering het vrese laat ontstaan wat aanleiding gegee het daartoe dat persone met MIV/Vigs dikwels in

isolasie geleef het, en baie persone huidiglik steeds in isolasie leef. Kennis aangaande die werklike redes vir die ontstaan van MIV/Vigs is dus nodig ten einde te verstaan dat MIV ook soos ander soortgelyke siektes ontwikkel het, maar dat die verspreiding daarvan baie vinnig en globaal plaasgevind het as gevolg van die wyses waarop dit oorgedra word.

- Deur kennis te bekom van die wyses waarop MIV oorgedra word kan die maatskaplike werker haar vrese konfronteer en meer effektiewe hulpverlening bied waar die persoon met MIV spesifieke behoeftes het wat aangespreek behoort te word.
- Kennis aangaande MIV as siektetoestand sal hulpverleners instaat stel om inligting aangaande die siekte aan MIV-geïnfekteerde persone oor te dra en om die geïnfekteerde persoon met insig te benader wat die ongemak en pyn aanbetref wat deur MIV/Vigs veroorsaak word. Dit sou ook belangrik wees dat hulpverleners/beraders oor spesifieke mediese kennis beskik ten einde simptome te identifiseer en die persoon te kan verwys vir MIV-toetsing. MIV/Vigs as siektetoestand is dan duidelik 'n aspek van die siekte wat nie alleenlik deur medici hanteer behoort te word nie, maar ook van belang kan wees waar ander probleme wat daarmee verband mag hou, tydens berading bespreek kan word.
- Anti-retrovirale middels soos Nevirapien en AZT is regoor die wêreld bewys as veilig en effektief en by die 2002 Barcelona Vigs konferensie is die belang van anti-retrovirale middels soos Nevirapien weereens bevestig (Jubasi, 2002:12). Hierdie middels kan duisende verkragtingslagoffers en babas se lewens red en ook die lewenskwaliteit van ander MIV-geïnfekteerde persone verbeter. Hierdie middels kan ook teen geen koste aan geïnfekteerde persone deur oorsese farmasetiese maatskappye voorsien word, tog skaar die regering homself daarteen om redes wat nie altyd verstaanbaar is nie.
- Vir professionele en nie-professionele persone wat optree as aktiviste ten einde te poog om hierdie middels wel in bereik van geïnfekteerde persone te plaas, is dit van groot belang om te weet wat die doel van hierdie middels is en hoe hierdie middels te werk gaan om MIV by babas en verkragtingslagoffers te voorkom, en ander geïnfekteerde persone se lewenskwaliteit en -duur te verbeter.

- In maatskaplike werk waar hulpverlening gerig is op die bevordering van die maatskaplike funksionering van mense, sou bogenoemde kennis van groot belang wees, aangesien die maatskaplike werker juis oor die agtergrond beskik om as aktivis op te tree waar die regte van ander geskend word. Hierdie uitgangspunt mag radikaal voorkom in vergelyking met die maatskaplike werker se algemene benaderings tot probleemoplossing, maar waar die maatskaplike werker daagliks die regte van ander beskerm, is die beskikbaarstelling van anti-retroviale middels van net soveel belang.

### **7.3.2 Hoofstuk 3: Teoretiese fundering vir die kwesbaarheid van die Afrika-vrou vir MIV/Vigs en die MIV-gesin**

**Doelwit 2:** Om die psigososiale implikasies van MIV/Vigs op die geïnfekteerde Afrika-vrou en haar gesin te eksploreer deur middel van 'n volledige literatuurstudie.

#### 7.3.2.1 Samevatting

- **Redes vir kwesbaarheid van die Afrika-vrou om MIV op te doen**

In hierdie afdeling is daar gekyk na verskeie aspekte wat die Afrika-vroue meer kwesbaar maak om MIV op te doen soos haar biologiese kwesbaarheid, kondoomgebruik, kulturele determinante, swak ekonomiese toestande en misdaad in Suid-Afrika. Biologies, blyk dit dat daar 'n groter hoeveelheid van die MI-virus in die seropositiewe man se semen aanwesig is as wat daar in die seropositiewe vrou se vaginale afskeiding aanwesig is. Die vroulike anatomie en fisiologie is van so aard dat die vrou se liggaam semen ook baie langer en dieper behou na aanleiding van seksuele kontak. Die vrou word dus oor 'n langer tydperk blootgestel aan geïnfekteerde vloeistof, en sere as gevolg van seksueel oordraagbare siektes wat meer versteek is by die vrou, verhoog haar kans op infektering verder.

Wat kondoomgebruik aanbetref blyk dit om aan te dring op veilige seks 'n meer dominante posisie van die vrou vereis, wat in meeste Afrika-kulture as nie-tradisionele gedrag beskou word. Dit blyk dat die effektiwiteit van kondoomgebruik dus grootliks bepaal word deur die gedrag van die manlike seksmaat. Vroue mag wel ingelig word oor

die voordele van kondoomgebruik, maar nie in die posisie staan om op kondome aan te dring wanneer hul manlike seksmaat dit weier nie.

Kultuur het ook 'n groot invloed op die Afrika-vrou se kwesbaarheid om MIV op te doen. In Afrika en ook ander tradisionele samelewings, word dit as disrespekvol en promisku beskou om oor seks te praat. Vroue is tipies verantwoordelik vir die voorkoming van swangerskap, terwyl die man alle seksuele gedrag bepaal. Elke samelewing het dus sy unieke benaderings tot seksualiteit, en ook 'n unieke verklaring rondom siekte, en veral Afrikane onderhou sekere bygelowe rondom MIV/Vigs wat 'n spesifieke betekenis aan die siekte toegeken het, waardeur die siekte gestigmatiseer is.

Swak ekonomiese toestande gee aanleiding tot verstedeliking in Afrika en is dus die gevolg van armoede. Die meeste Afrika-vroue is finansiëel afhanklik van die man, en as gevolg van onderontwikkeling en 'n lae vlak van skoolopleiding het daar nog min aan die situasie verander. Wanneer hierdie vroue dan na hulself en hul kinders moet omsien is dit nie verbasend dat sommige vroue hul wend tot sekswerk nie. Van die vroue wat wel kan werk vind in stede en hulself nie tot sekswerk hoef te wend nie, word daar steeds verwag om gereeld seksuele gunste toe te staan, ten einde hul werk te behou en hul inkomste aan te vul. Dit blyk dat die kern van hierdie vroue se kwesbaarheid lê in die tekort aan enige seksuele norme in stedelike gebiede in Afrika. Hierdie tekort aan seksuele norme gee dikwels aanleiding tot seksuele promiskuïteit wat gepaard gaan met die verlies aan sosiale kontrole en tradisionele waardes. Afrika-mans weier dikwels ook om van kondome gebruik te maak wanneer daar van die dienste van kommersiële sekswerkers gebruik gemaak word, en die bekamping van die virus word deur laasgenoemde verder bemoeilik.

In Suid-Afrika wat die land is met die hoogste misdadaisyfers ter wêreld, is dit nie verbasend dat misdaad bydra tot die verspreiding van MIV nie. Daar kan veral gekyk word na misdaad wat spesifiek gerig is op vroue byvoorbeeld verkragting, bloedskanie en ander geweldsmisdade waar bloeduitruiling wel kan voorkom.

- **MIV-geïnfekteerde gesinslede**

In hierdie afdeling is daar gelet op individuele gesinslede met MIV wat die moeder of vrou, die vader of man, die adolessent en kind/baba insluit. Daar is gelet op hoe hierdie gesinslede benadeel word na aanleiding van MIV waar stigmatisering voorkom, welsyns- en gesondheidsdienste nie altyd effektief is nie en depressie, spanning en ander gevoelens voorkom by geïnfekteerde persone.

- **Die MIV/Vigs-gesin**

In hierdie afdeling is daar gelet op die MIV-gesin wat impliseer dat een of meer gesinslede MIV-positief is. Die voorkoms van MIV stel die voortbestaan van gesinne in gevaar waar hierdie MIV-gesinne slegs vir 'n relatiewe tydperk kan bly voortbestaan. By die enkel-ouer gesin beteken die dood van 'n ouer dat kinders wees gelaat word, en die gesin nie sal voortbestaan nie. In geval van 'n getroude egpaar sonder kinders beteken die dood van een van die eggenote dat die gesin ook nie sal voortbestaan nie, behalwe as die oorlewende eggenoot hertrou. Betreffende die kern gesin is daar 'n moontlikheid dat die gesin sal voortbestaan na die afsterf van 'n volwasse gesinslid, indien die oorlewende persoon die gesin as enkel-ouer kan onderhou.

- **Rolvervulling binne die MIV/Vigs-gesin**

Hierdie afdeling het gefokus rondom die rolle en gevoelens van nie-geïnfekteerde gesinslede teenoor die MIV-geïnfekteerde persoon. Daar is gekyk na die ouer(s), die kind en die adolessent se rolle wat verander waar 'n geïnfekteerde gesinslid versorg en ondersteun moet word. Die voorkoms van MIV impliseer ook dat ander nie-geïnfekteerde gesinslede gestigmatiseer word en dus sekere gevoelens en houdings teenoor die geïnfekteerde persoon ontwikkel wat verhoudings mag beskadig. Waar spesifieke gesinslede byvoorbeeld die adolessent of jong volwassene na verswakking of afsterwe van die broodwinner(s) in beheer van die gesin gelaat word, mag ernstige gevolge soos misdaad voorkom, ten einde die gesin te onderhou.

### 7.3.2.2 Gevolgtrekkings ten opsigte van hoofstuk 3

- Die Afrika-vrou is om verskeie redes meer kwesbaar om MIV op te doen as die man. Laasgenoemde kan in meeste gevalle direk terug gevoer word na die Afrika-kultuur wat die oorsaak is van die volgende:
  - Onveilige of promiskue seksuele omgang
  - Poligamiese verhoudings
  - Tekort aan gesinsbeplanning
  - Geen kommunikasie oor seksuele gedrag of -verhoudings
  - Onvoltooide skoolopleiding
  - Sekswerk onder Afrika-vroue ten einde hulslef en hul gesinne te onderhou
  - Onveilige seksuele omgang met sekswerkers aangesien Afrika-mans weier om van kondome gebruik te maak.
- Die rol van die Afrika-kultuur in die voorkoms van MIV by Afrika-vroue is klaarblyklik een van die belangrikste faktore wat aangespreek behoort te word ten einde verspreiding van MIV te voorkom. Om egter 'n spesifieke kultuur uit te sonder vir bogenoemde, en te poog om hierdie kultuur te verander, sou as oneties en moontlik diskriminerend gesien word. Daar behoort dan na spesifieke gebruike gekyk te word wat nie noodwendig as kultuur opsigself beskou word nie, maar wel uit die kultuur gespruit het, byvoorbeeld die verkragting van babas en maagde ten einde van MIV genees te word. Laasgenoemde sou egter 'n komplekse en omvattende studie opsigself wees, en kan nie noodwendig deur die maatskaplike werker aangespreek word sonder spesialiskennis nie.
- Die voorkoms van MIV bring drastiese rolverandering in gesinne mee waar die Afrika-vrou wat gewoonlik as versorger van die res van die gesin opgetree het, nie meer instaat is om hierdie rol te vervul nie. Laasgenoemde plaas stremming op ander gesinslede, veral kinders en adolessente wat hul skoolopleiding moet prysgee en hul selfs tot misdaad mag wend ten einde ander gesinslede te onderhou. MIV is dus 'n komplekse siekte wat elke vlak van die geïnfekteerde, maar ook die nie-geïnfekteerde gesinslede se bestaan beïnvloed. Dit sou nodig wees dat die maatskaplike werker bewus is van probleme wat in die gesin voorkom wat nie noodwendig waargeneem word tydens berading in 'n opset buite die kliënt se omgewing of gemeenskap nie.

Hierdie probleme behoort deur die maatskaplike werker self geïdentifiseer te word, aangesien die kliënt uit skaamte dit dalk nie noem nie, waar 'n spesifieke gesinslid homself/haarself byvoorbeeld tot sekswerk of misdadig mag wend ten einde die gesin te help ondersteun.

### **7.3.3 Hoofstuk 4: Die rol van die MIV-berader in die aanspreek van die behoeftes van die vrou met MIV/Vigs en haar gesin**

**Doelwit 3:** Om na belangrike aspekte van MIV-berading te kyk wat tydens hulpverlening aan die Afrika-vrou met MIV/Vigs en haar gesin, in ag geneem behoort te word.

#### 7.3.3.1 Samevatting

- **Modelle vir intervensie**

In hierdie afdeling is daar gekyk na moontlike modelle wat benut kan word gedurende hulpverlening. Daar is gekyk na die Gesondheidsoortuigings model (Health Belief Model) wat hoofsaaklik die voordele van gesondheidsbevorderende gedrag opweeg teenoor die nadele van enige ander gedrag wat nie gesondheidsbevorderend is nie. Daar is vier sleutel faktore in hierdie model wat direk verband hou met die individu se oortuigings ten opsigte van gesondheid naamlik:

- Die waarneembare vatbaarheid om 'n siekte op te doen
- Die waarneembare erns van die siekte
- Die waarneembare voordele van voorkomende gedrag
- Die waarneembare struikelblokke vir voorkomende gedrag.

Die Gesondheidsoortuigings model word verder in drie hoofkomponente verdeel:

- Individuele persepsies
- Veranderlikes wat demografiese-, sosiopsigologiese- en strukturele aspekte insluit
- Veranderlikes wat die moontlikheid tot die inisiëring van gedrag affekteer.

'n Volgende model waarna daar gekyk is in hierdie afdeling, is die Transteoretiese model. Hierdie model word hoofsaaklik benut om die fases van verandering tot



gesondheidsbevorderende gedrag te verduidelik. Gedragsverandering word dus gesien as 'n proses van progressie deur 'n reeks van fases. Die moontlike fases wat 'n berader dan sal identifiseer soos wat die kliënt se gedrag verander, sal soos volg lyk:

**Fase 1- Voor-oorweging:** In hierdie fase het 'n persoon nog geen intensie om haar gedrag in die toekoms te verander nie.

**Fase 2- Oorweging:** Hierdie is die fase waar 'n persoon voornem om te verander in die volgende ses maande.

**Fase 3- Voorbereiding:** In hierdie fase het die individu reeds spesifieke en openlike veranderinge oor die afgelope ses maande van haar lewe aangebring

**Fase 4- Aksie:** In hierdie fase neem die persoon voor om daadwerklik tot aksie oor te gaan in die nabye toekoms wat gewoonlik die volgende ses maande insluit.

**Fase 5- Instandhouding:** In hierdie fase werk die persoon daaraan om haar gedrag te onderhou en nie weer terug te val na een van die vorige fases nie.

**Fase 6- Terminering:** Hierdie is 'n fase waarin die individu geen behoefte ervaar om terug te val nie en heeltemal effektief kan funksioneer.

- **Die MIV-Berader**

In hierdie afdeling is daar gekyk na wie as MIV-beraders kan optree en wat die opleiding van MIV-beraders behels. 'n Berader kan gesien word as 'n persoon wat oor sekere vaardighede en tegnieke beskik ten einde 'n onderhoud te voer wat daarop gemik is om die kliënt tot beter begrip van sy probleme te bring, met die oog op die oplossing van probleme en die bevordering van die kliënt se maatskaplike funksionering. In geval van MIV-berading ervaar die kliënt MIV-verbandhoudende probleme en word berading gebied deur 'n persoon wat insig en kennis dra van die tipe probleme wat die kliënt ervaar, en hoe hierdie probleme suksesvol aangespreek kan word. Hierdie definisie van MIV-berading impliseer sekere vaardighede en persoonlikheidstrekke waaroor die berader behoort te beskik ten einde suksesvol te wees in die beradingsproses. Maatskaplike werkers staan in die ideale posisie om op te tree as MIV-beraders en opleiers van MIV-beraders aangesien 'n maatskaplikewerk benadering effektiewe reaksies aanmoedig waar MIV/Vigs struikelblokke veroorsaak in die geaffekteerde persoon se lewe. Die maatskaplikewerk benadering help ook met die identifisering van

sosiale strukture wat gebruik kan word ten einde geleenthede optimaal te benut ten spyte van die voorkoms van MIV/Vigs.

Kliniekgebaseerde berading word voorsien in 'n formele opset soos 'n hospitaal, gesondheidsentrum of kliniek. Hier word beradingsdienste voorsien deur ander professionele persone soos mediese dokters, verpleegkundiges en sielkundiges.

In Suid-Afrika is dit nie moontlik om 'n professionele versorger, berader of multi-profesionele span vir elke geïnfekteerde persoon te voorsien nie. Hierdie tekortkominge kan aangespreek word deur na die Afrika-vrou as versorger en leke berader te kyk. Gemeenskapgebaseerde berading kan dus gebied word in 'n nie-formele omgewing soos plattelandse gemeenskappe of stedelike buurte waar die berader een van die gemeenskapslede is wat opgelei is om beradingsdienste aan ander gemeenskapslede te verskaf.

In hierdie afdeling is daar ook gelet op wat die opleiding van MIV-beraders behels. Daar bestaan regoor die wêreld en ook in Suid-Afrika die tendens om 2-3 dag kursusse aan te bied wat geen praktiese ervaring insluit nie, maar betrokke persone daarna verklaar as opgeleide MIV-beraders (Counselling and HIV/Aids, 1997:5). In die UNAIDS dokument, *Counselling and HIV/Aids* (1997:5) word daar egter genoem dat potensiële beraders 'n bewuswordingswerkswinkel moet bywoon waar hulle blootgestel word aan situasies waar hul houdings, reaksies en interpersoonlike interaksie vaardighede waargeneem kan word. Hierna word 'n eerste werkswinkel bygewoon waarna die berader onder supervisie geplaas word om beradingswerk te doen. 'n Latere werkswinkel behoort ook bygewoon te word nadat die berader die nodige praktiese ervaring opgedoen het.

- **Fases in MIV-berading**

In hierdie afdeling is daar gelet op die fases in MIV-berading en watter aspekte belangrik is gedurende berading. Voortoets-berading vind plaas waar vrywillige MIV-toetsing ondergaan word en ingeligte toestemming word altyd benodig voordat 'n MIV-toets

ondergaan mag word. Wanneer die kliënt onseker voel oor MIV-toetsing kan die berader ook die voor- en nadele aan die kliënt uitwys ten einde die kliënt te help om 'n besluit te neem. Die doel van voortoets-berading is:

- Om die kliënt voor te berei op die MIV-toets (toetsprosedure, die betroubaarheid daarvan en terugvoer)
- Om te verduidelik wat die betekenis en implikasies van 'n positiewe of negatiewe toets resultaat mag wees
- Om te verduidelik wat die venster periode is en dat hertoetsing nodig mag wees
- Die fasilitering en bespreking van hanteringsmeganismes vir wanneer toetsresultate bekend gemaak word aan die kliënt.

Die bespreking van die volgende aspekte maak die belangrikste deel van voortoets-berading uit:

- Gesondheid
- Seksualiteit
- Verhoudings
- Moontlike dwelm- en seksverbandhoudende risiko gedrag
- Hoe om oordraging van MIV na ander te voorkom
- Gedurende voortoets-berading is dit ook nodig dat die berader mites en misinformasie ten opsigte van MIV uit die weg ruim.

Natoets-berading help die kliënt om die MIV-toets resultaat te verstaan en te hanteer.

Die taak van die MIV-berader in natoets-berading is:

- Om die kliënt voor te berei op die moontlike uitslag van die toets
- Om die toets resultaat oor te dra
- Om die kliënt te voorsien van enige ander inligting wat benodig mag word na aanleiding van die toets uitslag
- Om die kliënt te verwys wanneer ander dienste benodig mag word

Dit is belangrik dat die uitslag van die MIV-toets altyd gepaard gaan met berading aangesien die berader oor kennis en insig beskik van hoe hierdie aspek hanteer behoort te word waar veral sensitiwiteit en empatie van groot belang is. Die risiko van MIV-infektering word ook *weer* gedurende natoets-berading bespreek.

Die toets uitslag behoort altyd persoonlik aan die kliënt oorgedra te word. Terugvoer behoort in 'n stil en privaat omgewing te geskied en genoeg tyd behoort gegun te word vir bespreking. Waar die MIV-toets positief is behoort die berader die toets resultaat openlik, eerlik en sonder ophef aan die kliënt oor te dra, maar ook so sensitief en menslik moontlik. Dit behoort gepaard te gaan met:

- Emosionele ondersteuning vir die kliënt
- Inligting en relevante verwysingsdienste
- Bespreking van die beste hanteringsmeganismes.

Waar sommige kliënte met skok, huilery, geïrriteerdheid, spanning, skuldgevoelens, ontrekking en woede mag reageer, kan ander kliënte weer met verligting reageer op die nuus. Sommige kliënte mag selfmoord oorweeg en die berader kan selfs die kliënt laat hospitaliseer om seker te maak van die kliënt se veiligheid, veral wanneer daar geen vriende of familie beskikbaar is om die kliënt te ondersteun nie. Elke kliënt sal dus op 'n unieke wyse reageer en die berader behoort die kliënt toe te laat om gevoelens te uiter.

Berading is ook belangrik na 'n negatiewe toets uitslag. Hoewel die kliënt verlig mag voel behoort die berader sekere aspekte uit te lig. Eerstens mag 'n negatiewe toets beteken dat die kliënt in die venster periode verkeer, en dus nie noodwendig die afwesigheid van die virus impliseer nie. Die kliënt behoort dan later hertoetsing te ondergaan en mag spanning ervaar en ondersteuning benodig. Tweedens behoort die berader MIV-voorkoming met die kliënt te bespreek wat sal lei tot insigontwikkeling om veilige gedrag by die kliënt te bewerkstellig en sodoende moontlike infektering van die kliënt te voorkom indien die kliënt MIV-negatief is, en infektering van ander te voorkom indien die kliënt MIV-positief is. Dis ook van belang om aan die kliënt te verduidelik dat 'n negatiewe toets uitslag nie impliseer dat die kliënt immuun is teen MIV nie, aangesien niemand immuun is teen MIV nie en. Waar die toets uitslag definitief negatief is word die berader 'n geleentheid gegun om inligting aan die kliënt oor te dra, veral oor die gebruik van kondome en vroulike kondome, ten einde te voorkom dat die spesifieke kliënt ooit MIV mag opdoen.

Nadat die kliënt 'n positiewe toets uitslag ontvang het, begin die grootste taak van die berader. Hierdie tussen-fase kan oor 'n aantal jare strek waar die kliënt dikwels berading sal benodig ten einde sekere struikelblokke wat deur MIV veroorsaak word, te oorkom. Die berader sal nodig hê om verskeie aspekte van die kliënt se lewe te assesseer. Daar behoort gelet te word op die manier waarop die kliënt die siekte hanteer ten einde hulp te bied om beter hanteringsmeganismes aan te leer. Laasgenoemde sou ook gepaard gaan met gedragsverandering en die proses van voorbereiding op bekendmaking van die kliënt se serostatus aan betekenisvolle ander, of die proses van bekendmaking opsigself. Die berader kan die voordele van bekendmaking aan die kliënt uitwys ten einde die belang van bekendmaking te beklemtoon. Die kliënt behoort dan ook te besluit of sy 'n volle bekendmaking wil onderneem waar sy haar serostatus ook aan die gemeenskap/publiek sal bekend maak, of 'n gedeeltelike bekendmaking waar slegs sekere persone uitgesonder sal word vir bekendmaking. Daar sal verder gekyk word na hoe bekendmaking onderneem sal word waar die berader teenwoordig kan wees of deur die kliënt gevra mag word om haar serostatus aan ander bekend te maak. Die kliënt mag ook besluit om bekendmaking sonder die teenwoordigheid van die berader te onderneem.

In hierdie afdeling is daar laastens gelet op die belang van sterwensbegeleiding. Sterwensbegeleiding kan gesien word as die laaste fase in hierdie proses, en die MIV-berader behoort oor die nodige kennis te beskik ten einde hierdie fase aan te spreek. Wanneer die berader aandag skenk aan die sterwensproses, kan dit die kliënt in 'n groot mate help om voor te berei vir dit wat sy sal agterlaat, maar ook vir dit wat voorlê. Die kliënt behoort gehelp te word om op 'n konkrete en emosionele vlak voor te berei vir die dood. Die dood behoort dus gekonfronteer te word op 'n wyse wat betekenisvol sal wees vir die kliënt. Die kliënt behoort gehelp te word om spanning, onsekerheid, eensaamheid en ander gevoelens wat mag voorkom te verbaliseer ten einde berusting en aanvaarding te vind, en dus gehelp word om met waardigheid te sterf. Die berader kan veral let op die fases in die sterwensproses naamlik ontkenning en isolasie, woede, onderhandeling, depressie en aanvaarding. Hierdie fases volg nie noodwendig by elke kliënt in 'n spesifieke volgorde nie, maar sal moontlik waargeneem word en behoort deur die berader hanteer te word.

Die MIV-berader se kriteria vir wanneer sterwensbegeleiding begin behoort te word, word gebaseer op twee aspekte:

- Assessering van die kliënt en betekenisvolle ander se gereedheid daarvoor
- Die kliënt se gesondheid.

Die berader sal moontlik vroeg in die hulpverleningsproses al rou waarneem by betrokkenes, en deur rou aan te spreek wanneer dit voorkom word sterwensbegeleiding reeds geïnisieer.

- **Berading met spesifieke kliënte**

Hierdie afdeling het gefokus op spesifieke behoeftes wat by sekere kliënte mag voorkom. Daar is gekyk na berading vir die swanger vrou, die heteroseksuele man, egpaar berading en berading vir kinders en adolessente. Elk van laasgenoemde persone bevind hulself in 'n unieke situasie in die gesin, en daar word dus spesifieke vereistes gestel gedurende berading. Die verwysing van kinders en adolessente na 'n spelterapeut of ander berader met die nodige agtergrond van MIV/Vigs, is van groot belang aangesien kinders en adolessente dikwels in die praktyk nie die nodige aandag ontvang nie. Hierdie kinders en adolessente sal later groot aanpassings moet maak, wat byvoorbeeld pleegsorg en selfs aanneming kan insluit. Berading vir kinders en adolessente is dus 'n gespesialiseerde veld opsigself aangesien daar soveel verskille tussen berading vir volwassenes en berading vir kinders en adolessente bestaan. Die gevallending is ook van so aard dat beskikbare MIV-beraders dikwels geen ander keuse het as om kinders en adolessente te verwys nie.

### 7.3.3.2 Gevolgtrekkings ten opsigte van hoofstuk 4

- Wanneer daar gekyk word na MIV-berading in geheel deur alle fases en aspekte daarvan in te sluit, is dit duidelik dat 'n 2-3 dag kursus ten einde 'n MIV-berader te word, nie genoegsaam sal wees nie. MIV-berading vereis nie alleenlik mediese kennis van die siekte asook kennis van die psigososiale en emosionele aspekte daarvan nie, maar ook kennis van modelle vir intervensie en benaderings tot

gedragsverandering. Daar is ook baie spesifieke behoeftes wat aangespreek word aangesien geaffekteerde persone verskeie rolle in die MIV-gesin handhaaf wat byvoorbeeld die swanger vrou, die adolessent, die kind ensameer insluit. Hierdie kennis is eerstens baie gespesialiseerd van aard, maar vereis ook sekere karaktereenskappe van die MIV-berader. Wanneer daar dus gelet word op selektering van potensiële MIV-beraders sou dit nodig wees dat hierdie persone ‘n sekere mate van insig en aanvaarding toon en verder ‘n bereidheid sou hê om belangrike teoretiese kennis op te doen.

- Waar daar in Afrika die tendens bestaan om slegs van kennis in die praktyk gebruik te maak om die behoeftes van persone wat deur MIV geaffekteer word, aan te spreek, sal daar sigbare leemtes voorkom. Teoretiese kennis kan dus op so wyse verwerk en moontlik vereenvoudig word ten einde vrywilligers instaat te stel om ook as leke MIV-beraders op te tree, maar sou steeds sekere vereistes aan MIV-beraders stel. Dit sou eerstens belangrik wees dat die leke MIV-berader geletterd behoort te wees. Dit sou verder belangrik wees om potensiële beraders te identifiseer na aanleiding van hul posisie in die gemeenskap, waar vertroude en bereidwillige persone ‘n beter kans sou hê om geïsoleerde en gestigmatiseerde MIV-geïnfekteerde persone te bereik.
- Die selektering en opleiding van MIV-beraders, hetsy professionele- of leke beraders, is ‘n komplekse proses waar ‘n groot aantal faktore in ag geneem behoort te word. Dit is egter duidelik dat die maatskaplike werker in die ideale posisie staan om as MIV-berader op te tree, aangesien daar oor terapeutiese en praktiese kennis beskik word en maatskaplike werkers in die algemeen ook oor die nodige karaktereenskappe beskik.

## **7.4 Navorsingsbevindings**

**Doelwit 5:** “Om ‘n empiriese ondersoek te onderneem ten einde te bepaal watter psigososiale behoeftes en ander probleme deur Afrika-vroue met MIV/Vigs ervaar word en aandag te skenk aan ander gesinslede wat deur bogenoemde geaffekteer word” is bereik. In hoofstuk 5 is data grafies voorgestel en ook met bestaande literatuur en

praktykervaring vergelyk. Die samevatting en gevolgtrekkings van die kwantitatiewe data word vervolgens gemaak.

#### **7.4.1 Hoofstuk 5:Kwantitatiewe bevindings**

##### 7.4.1.1 Samevatting

- **Biografiese gegewens**

Ouderdom, geslag, taal, vlak van opleiding, posisie in die gesin, huwelikstatus en seksuele oriëntasie is in hierdie afdeling bespreek.

- **Huislike en Finansiële gegewens**

Hierdie afdeling het data ingesluit aangaande die respondent en haar gesin se behuising en verbandhoudende aspekte, finansiële toestand wat maandelikse inkomste en tipe uitgawes aanbetref, en finansiële ondersteuning van die gesin na afsterwe van die respondent.

- **Psigososiale aspekte van Bekendmaking**

In hierdie afdeling is daar gelet op watter gesinslede bewus is van die respondent se serostatus, hoe betekenisvolle ander op laasgenoemde gereageer het en of verhoudings na aanleiding van die respondent se serostatus beïnvloed is. Daar is ook gekyk na die volgorde waarin bekendmaking plaasgevind het en of respondente in retrospek dieselfde besluite sou neem.

- **Seksuele verhoudings en Swangerskap**

Hierdie afdeling het gefokus op seksuele tendense wat by respondente voorgekom het voordat MIV-toetsing ondergaan is, aspekte wat kondoomgebruik mag beïnvloed, swangerskap en aborsie en die toekoms van oorblywende kinders na afsterwe van die Afrika-vrou as gevolg van Vigs.

- **Mediese aspekte**

In hierdie afdeling is daar gekyk na die tydperk wat diagnose bekend is aan die respondent, hoe MIV opgedoen is en waarom die respondent besluit het om MIV-toetsing te ondergaan. Daar is verder gelet op persone wat toets resultate bekend gemaak het en hoe respondente hierdie persone ervaar het. Die respondent se gesondheid en die tipe



simptome wat huidiglik voorkom, sowel as instansies waar behandeling en hulp ontvang word is ook hier aangespreek.

- **Emosionele en Psigososiale aspekte van MIV/Vigs**

Hierdie afdeling het verband gehou met gevoelens van respondente tydens en na MIV-toetsing, asook die hantering van die siekte en die respondent se gevoelens rondom die toekoms en die dood.

- **Beradingsbehoefte van respondent**

Instansies waar berading ontvang word, die MIV-berader en vereistes wat aan die berader gestel word gedurende berading, sowel as risiko gedrag en gedragsverandering is hier bespreek. Daar is ook gelet op sterwensbegeleiding en ander gesinslede wat berading mag benodig na afsterwe van die respondent.

#### 7.4.1.2 Gevolgtrekkings ten opsigte van die empiriese studie

- Alle respondente wat aan hierdie studie deelgeneem het was swart Suid-Afrikaanse vroue bo die ouderdom van 18, heteroseksueel en met 'n Afrika-taal as huistaal.
- Die meerderheid respondente was tussen 18-34 jaar, wat die ouderdomsgroep is wat in hul voortplantingsjare verkeer en die groep is wat hoofsaaklik deur MIV/Vigs geaffekteer word, maar 'n kleiner ouderdomsgroep van tussen 40-59 jaar is ook geïdentifiseer, wat mag aandui dat vroue wat nie meer in hul voortplantingsjare nie, steeds seksueel aktief is.
- Respondente se huidige posisie in die gesin het aangedui dat ongeveer die helfte van die respondente as hoof van die gesin optree, terwyl 86% respondente in hierdie studie kinders het en dus die rol van die moeder inneem. Wanneer daar gekyk word na die rol van die Afrika-vrou as moeder, asook die implikasies van hierdie rol, is die gevolge van MIV vir die gesin verreikend wanneer die moeder nie meer as broodwinner en versorger kan optree nie.
- Min respondente voltooi skoolopleiding wat hul in 'n posisie laat waar hul slegs ongeskoolde werk kan verrig en hul inkomste nie baie groot is ten einde die MIV-gesin te onderhou nie. Meer as die helfte van die respondente in hierdie studie is ook

werkloos wat die moontlike rede is waarom MIV-gesinne afhanklik is van familie of ander vir die voorsiening van verblyf en voedsel.

- Daar was baie min gesinne in hierdie studie waar die man of vader die hoof van die gesin is, wat aanduidend is van die afwesigheid van hierdie figuur in MIV-gesinne, en moontlik verband hou met die armoede waarin gesinne verkeer, en 'n verdere rede is waarom gesinne afhanklik is van ander vir finansiële ondersteuning.
- Min respondente is wettig of deur Lobola getroud wat direk in konteks gebring kan word met die afwesigheid van die vaderfiguur in MIV-gesinne en ook aanduidend is dat tradisionele rolle waarvolgens die gesin meer effektief funksioneer, nie meer bestaan nie.
- Huislike en finansiële gegewens het getoon dat respondente nie die lewenskwaliteit handhaaf wat nodig is ten einde lewensduur te verleng nie, aangesien daar maandeliks min geld tot hul beskikking is en die regte dieet en lewensomstandighede in konteks van MIV, nie onderhou kan word nie.
- Tipe behuising en aan wie huise behoort het weereens aangedui dat respondente en hul gesinne afhanklik is van ander en dat lewensomstandighede van die respondent onveilig is in terme van MIV.
- Televisies en radios wat teenwoordig is in die meerderheid respondente se huise mag effektiewe bronne wees om inligting aangaande MIV/Vigs te versprei.
- Minder as die helfte van die respondente is verantwoordelik vir hul eie inkomste en die meerderheid respondente het 'n maandelikse bedrag van R501-1000 tot hul beskikking ten einde 'n gemiddelde gesin van 5 gesinslede te onderhou. Afrika-vroue met MIV/Vigs leef dus in armoede en blyk uit lae-inkomste groepe afkomstig te wees.
- Respondente met hul eie ondernemings sal slegs vir 'n aantal jare nog instaat wees om te werk voordat MIV/Vigs dit onmoontlik sou maak om 'n verdere inkomste te hê. Laasgenoemde sal gesinne wat voorheen nog finansiël kon funksioneer, in armoede dompel en ernstige gevolge vir die gesin inhou.
- Maandelikse uitgawes in die MIV-gesin hou veral verband met die betaal van skoolgelde en aankoop van voedsel. Dit sou dus nodig wees om te let op wyses waarop bogenoemde uitgawes van die MIV-gesin verminder kan word deur

byvoorbeeld die verskaffing van voedselpakkies en dat kinders uit die MIV-gesin mag skoolgaan sonder die betaal van skoolgelde.

- Respondente is onseker oor wie finansiëel na oorblywende kinders en gesinslede sal omsien, wat aanduidend is van gemeenskappe wat nie oor die nodige infrastruktuur beskik om hierdie probleem aan te spreek nie.
- Waar 'n adolessente of jong seun/dogter na die res van die gesin sal moet omsien na afsterwe van die respondent word ernstige druk op hierdie persone uitgeoefen, wat hul in 'n posisie mag plaas waar hul hulself tot misdaad mag wend ten einde die gesin se behoeftes te bevredig, en minder adolessente en kinders sal moontlik hul skoolopleiding voltooi.
- So te sê alle respondente beskou hul gesinslede as hul hoof ondersteuningsnetwerk wat daarop dui dat positiewe verhoudings gehandhaaf moet word binne die gesin, ten einde te verseker dat respondente hierdie ondersteuningsnetwerke behou. Die onderhouding van positiewe ondersteuningsnetwerke is dus 'n belangrike aspek wat deur die berader aangespreek behoort te word.
- Min respondente lig hul gesinslede in van hul serostatus, wat ontnugtering sal veroorsaak wanneer gesinslede bewus word van die respondent se siekte, maar nie voorbereid was daarop nie. Die meerderheid respondente wat seksueel aktief is het ook nie hul seksmaats ingelig van hul serostatus nie, en kan dus MIV verder versprei. Bogenoemde twee aspekte behoort deur die berader aangespreek te word ten einde die respondent te help om betekenisvolle/die ondersteuningsnetwerk voor te berei op bekendmaking, asook die onderhouding van veilige seksuele verhoudings.
- Daar bestaan 'n behoefte by respondente om wel hul serostatus aan betekenisvolle ander bekend te maak ten einde ondersteuning te ontvang, eerlik te wees en ander te waarsku ten opsigte van die gevare van MIV en onveilige seksuele omgang. Hierdie behoefte kan deur die berader benut word as positiewe aspekte waardeur die klient bygestaan kan word om vrese te konfronteer ten opsigte van bekendmaking, en die respondent en haar gesin dus voorberei kan word op bekendmaking.
- Die meerderheid respondente poog om veilige seksuele verhoudings te handhaaf en die aantal seksmaats te beperk, wat aanduidend is dat respondente wel verantwoordelikheid neem vir die siekte, en die verspreiding daarvan wil voorkom.

- Respondente praat selde met hul seksmaats oor hul seksuele verhoudings wat aanduidend is dat kulturele invloede Afrika-vroue weerhou daarvan om openlik te wees oor MIV en hul seksuele gedrag.
- Alle respondente is bewus van die voordele van kondoomgebruik, maar sekere oortuigings wat deur die Afrika-man onderhou word, weerhou die vrou daarvan om van kondome gebruik te maak. Vroue mag wel ingelig word oor die voordele van kondoomgebruik, maar staan dus nie in die posisie om van kondome gebruik te maak wanneer hul manlike seksmaat dit weier nie. Die Afrika-man verwag dus dat die vrou hom moet vertrou dat hy nie MIV of enige ander seksueel oordraagbare siektes het nie, en dus nie 'n kondoom hoef te gebruik nie, terwyl die vrou wat op veilige seks aandring met agterdog bejeën word deur die man. Bemagtiging van die Afrika-vrou sal dus 'n belangrike taak van die MIV-berader wees.
- Die meerderheid respondente(80%) se seksmaats het voorheen ander seksuele verhoudings gehad terwyl hul steeds saam met die respondent was, en meer as die helfte(56%) van die respondente se seksmaats het huidiglik steeds ander seksuele verhoudings. Hierdie aspek hou duidelik verband met seksuele gedrag wat aanleiding gee tot die vinnige verspreiding van MIV in Suid-Afrika.
- Die meerderheid vroue het geen van hul swangerskappe beplan nie en die groot getalle babas wat daaglik in Suid-Afrika gebore word en later MIV-positief toets, is aanduidend van vroue se agterstand om aan te dring op veilige seksuele omgang en hul swangerskappe te beplan.
- Respondente is in 46% van gevalle oortuig dat hul 'n swangerskap sal laat termineer indien dit voorkom, en 52% respondente het genoem dat hul eerder die baba sal behou. Verskeie redes is hiervoor aangevoer, maar daar bestaan 'n duidelike behoefte na gesinsbeplanning. Gesinsbeplanning is dan juis van belang ten einde emosionele pyn te voorkom na aanleiding van 'n aborsie of afsterwe van 'n MIV-positiewe baba.
- Die meerderheid respondente(98%) het MIV na aanleiding van onveilige seksuele omgang met 'n MIV-geïnfekteerde persoon opgedoen. 'n Enkele respondent het ook MIV na aanleiding van 'n verkragting opgedoen. Bogenoemde dui daarop dat respondente bewus was daarvan dat hul onveilige seksuele omgang gehad het, maar dit moontlik nie kon voorkom nie as gevolg van hul minderheidstatus in die Afrika-

kultuur. Waar 'n respondent MIV na aanleiding van 'n verkragting opgedoen het, dui dit ook daarop dat geweldsmisdade in Suid-Afrika wel bydra tot die verspreiding van MIV.

- Voordat respondente met MIV gediagnoseer is, het hul of vroeë simptome van MIV ervaar, of 'n baba gehad wat gesondheidsprobleme ervaar het en MIV-positief getoets het, of hul eggenote/maats het MIV-positief getoets of respondente was oortuig dat hul maats ander seksmaats gehad het. Alle respondente het dus eers vir 'n tydperk gewag totdat daar duidelik bewyse was dat hul self moontlik MIV-positief is. Laasgenoemde aspek dui op onvoldoende voorkomings- en ander programme aangesien respondente nie deur programme bereik is, ten einde voorkomend op te tree nie. Laasgenoemde kan ook dui op die apatiese houding wat deur die Afrika-kultuur meegbring is by vroue wat selde toegelaat word om hul behoeftes te verbaliseer.
- Verskillende simptome van MIV, maar wat ook met die gebruik van MIV-medikasie mag voorkom is by respondente geïdentifiseer. Die meerderheid respondente is egter gesond genoeg om nog normale daaglikse funksionering te onderhou. Dit is egter nodig dat die maatskaplike werker oor kennis beskik van simptome ten einde die kliënt in te lig van wat verwag kan word in die verloop van MIV/Vigs.
- Met verwysing na die huislike en ander omstandighede is dit nodig dat respondente 'n veilige leef- en werksomgewing het. Daar kan veral gelet word op aspekte wat siekte-veroorsakend is in respondente se huislike omstandighede soos drinkwater, toilet en bad geriewe, die stoor van voedsel en die deel van slaapplek met ander gesinslede wat siek mag wees. Die maatskaplike werker behoort hierdie aspekte te identifiseer en in ag te neem ten einde die kliënt in te lig van moontlike veranderings wat aangebring kan word ten einde lewenskwaliteit en –duur te verbeter.
- Die voorkoms van duidelike MIV-verbandhoudende simptome byvoorbeeld swelling in die nek en veluitslae is ook faktore wat die respondent se siekte aan ander bekend kan maak, en die voorbereiding op bekendmaking is hier van groot belang aangesien MIV/Vigs nie vir altyd weg gestee kan word nie.
- Simptome soos depressie en spanning behoort deur die berader aangespreek te word ten einde te voorkom dat ondersteunende verhoudings beskadig word en selfmoord by persone met MIV/Vigs voorkom word.

- Min respondente is bewus van wat 'n CD4 seltelling is en wat hul eie CD4 sel tellings is. Laasgenoemde is egter nie van groot belang nie, aangesien dit moontlik meer spanning vir die respondent kan meebring waar dalings in die CD4 sel telling voorkom. Dit sou egter van belang wees om aan respondente te kan verduidelik wat 'n CD4 telling is indien hul belangstel om dit met die berader te bespreek.
- Die meerderheid respondente se toets resultate is deur mediese dokters en in 'n mindere mate deur verpleegkundiges bekend gemaak. Die afwesigheid van die maatskaplike werker is aanduidend daarvan dat nie genoeg maatskaplike werkers betrokke is in die gesondheidsopset nie. Moontlike programme om maatskaplike werkers uit maatskaplikewerk- en welsynsorganisasies op 'n gereelde basis in te sluit by bogenoemde opset, mag hierdie probleem moontlik aanspreek.
- Hoewel die meerderheid respondente die persone wat hul toets resultate bekend gemaak het as ondersteunend, simpatiek en sensitief beskryf het, het daar ook duidelike leemtes voorgekom wat aangespreek kan word deur opleiding van mediese personeel ten einde toets resultate met meer insig van die respondent se moontlike gevoelens bekend te maak. Opleiding vir mediese personeel kan ook veral fokus op die verwysing van die pasiënt na effektiewe en beskikbare dienste afhangende van die behoeftes wat die pasiënt mag ervaar. Waar mediese personeel dus oor insig beskik van moontlike behoeftes en probleme van die pasiënt, en laasgenoemde kan identifiseer, sou verwysing na relevante dienste van groot waarde wees.
- Hoewel slegs 12% respondente behandeling vir MIV/Vigs vanaf 'n tradisionele geneser ontvang, kan die belang van die tradisionele geneser in die aanspreek van MIV/Vigs in Suid-Afrika nie uit die oog verloor word nie. Tradisionele genesers mag ook baat by opleiding as MIV-beraders ten einde kliënte in te lig oor veilige seksuele gebruike en ander dienste wat tot hul beskikking is. Waar kliënte ook ander psigososiale en emosionele probleme met die tradisionele genesers sou wou bespreek, sou opleiding as MIV-berader die tradisionele geneser voorsien van die nodige kennis om hierdie aspekte effektief aan te spreek en ondersteuning aan die kliënt te bied.
- Die meerderheid respondente het skok en ontkenning ervaar tydens die bekendmaking van hul toets resultate. Hierdie gevoelens behoort daadwerklik aangespreek te word ten einde probleme wat daaruit mag spruit, te voorkom. Waar

ontkenning deur die respondent tot op so vlak geneem word dat daar geen verandering by risiko gedrag voorkom nie, sou dit baie negatiewe gevolge vir die respondent en ander inhou.

- Waar hartseer, woede, selfblaming en ander gevoelens by respondente waargeneem is gedurende die bekendmaking van hul toets resultate is dit nodig om respondente toe te laat om hierdie gevoelens te uiter. Laasgenoemde sou die respondent toelaat om hierdie gevoelens beter te verwerk waar daar erkenning gegee is aan die voorkoms van gevoelens. Hierdie gevoelens sal dan ook oor 'n tydperk deur die kliënt en berader gekonfronteer word totdat die kliënt dit op 'n gesonde en aanvaardende wyse kan verwerk.
- Waar die berader vind dat sekere aspekte in die kliënt se lewe haar toelaat om meer hoop te ontwikkel vir die toekoms en haar help om haar lewe as betekenisvol te beskou, is dit nodig dat hierdie aspekte wat uniek en individueel by elke kliënt mag voorkom, benut word. Deur laasgenoemde sou die berader instaat wees om die kliënt te help om depressie en selfmoord gedagtes teen te werk en goeie verhoudings met betekensvolle ander te behou.
- Hanteringsmeganismes wat deur individue ontwikkel word waar MIV/Vigs voorkom, mag lei tot destruktiewe of risiko gedrag indien die berader nie daadwerklik die kliënt se hanteringsmeganisme identifiseer en help verander waar dit negatief is nie. Waar respondente genoem het dat hul die siekte hanteer deur te poog om ander te infekteer, is dit van groot belang dat die berader positiewe hanteringsmeganismes help skep en versterk. Laasgenoemde sou die kliënt help om enige illusies of wensdenkery te konfronteer ten einde MIV/Vigs as 'n werklik verskynsel te benader waardeur die kliënt steeds toegelaat kan word om te groei, te ontwikkel en verantwoordelikheid vir die siekte te dra.
- Respondente was bewus van waar beradingsdienste beskikbaar is in hul gemeenskappe en dit blyk dat hospitale en klinieke waar berading ontvang kan word, baie sigbaar is in gemeenskappe. Maatskaplikewerk- of welsynsorganisasies blyk egter onsigbaar te wees in gemeenskappe aangesien geen respondent bewus was van hierdie dienste in hul gemeenskappe nie. Laasgenoemde dui daarop dat hierdie organisasies moontlik meer betrokke kan raak deur die lewering van dienste in 'n

bekende opset soos hospitale of klinieke. 'n Ideale opset kan voorsien word waar opgeleide beraders van maatskaplikewerk- en welsynsorganisasies slegs een dag per week hul dienste beskikbaar kan stel by hospitale of klinieke wat 'n tekort aan hierdie dienste mag hê. Groot hoeveelhede pasiënte wat beradingsbehoefte mag ervaar sou dus baat vind deur in kontak geplaas te word met opgeleide MIV-beraders.

- Waar daar gevind is dat persone met MIV/Vigs nie oor 'n lang tydperk van berading voorsien word nie, en latere probleme wat mag ontstaan dus nie aangespreek word nie, sou bogenoemde opset waar maatskaplikewerk- en welsynsorganisasies hul dienste in hospitale of klinieke lewer, pasiënte voorsien van deurlopende berading ten einde probleme wat later of oor 'n lang tydperk voorkom aan te spreek. Persone met MIV/Vigs sou dan ook dienste kon benut waar voorbereiding op bekendmaking en gedragsverandering deeglik voorsien kan word.
- Gedragsverandering by persone met MIV/Vigs geskied daadwerklik of oor 'n kort tydperk. Hierdie bevinding mag aanduidend wees vir die ontwikkeling van nuwe modelle waarvolgens gedragsverandering meegebring kan word. Aangesien die meerderheid respondente die berader ook net vir 'n kort tydperk gesien het, mag die ontwikkeling van nuwe modelle vir gedragsverandering meer effektiewe berading tot gevolg hê oor 'n kort tydperk.
- Die meerderheid respondente(86%) het genoem dat hul meer gemaklik sal voel met 'n maatskaplike werker as MIV-berader. Die geskiktheid en effektiwiteit van maatskaplike werkers as MIV-beraders is dus ook bekend vir persone met MIV/Vigs en dui dus op 'n groot behoefte aan hierdie dienste.
- Respondente verwag nie van MIV-beraders om die taal van respondente magtig te wees of vanuit dieselfde kultuur, gemeenskap of etniese groep te kom nie. Respondente verwag wel dat die MIV-berader oor insig van hul kultuur, dit wil sê die Afrika-kultuur beskik. Laasgenoemde dui aan dat die berader as deel van opleiding in MIV-berading sekere aspekte van die kultuur behoort te bestudeer ten einde sekere oortuigings, waardes en houdings te verstaan en die kliënt dus met insig kan benader.
- Respondente stel ook die volgende belangrike verwagtinge wat aan die MIV-berader:
  - Goeie luisteraar
  - Moet beskik oor relevante inligting



- 'n Aangename of warm persoonlikheid
  - Vreesloosheid ten opsigte van fisiese kontak met die kliënt met MIV/Vigs
  - Konfidensialiteit ten opsigte van alle inligting
  - Hulpverlening tot onafhanklike funksionering
  - Aanspreek van probleme en behoeftes op 'n praktiese wyse.
- Ongeveer die helfte van die respondente wil oor die dood en sterfte praat wanneer hul baie siek, en dus sterwend is. Daar was egter 38% respondente wat voel dat hul eerder oor bogenoemde wil gesels terwyl hul nog gesond genoeg is om belangrike sake met gesinslede te bespreek. Aangesien respondente meer as een antwoord kon gee by hierdie vraag blyk dit dat die respondent se gesin ook van belang was en 18% respondente het verder genoem dat hul oor die dood en sterfte wil praat wanneer hul kan sien dat gesinslede rou ervaar. Die navorser is oortuig dat die MIV-berader sterwensbegeleiding behoort te inisieer wanneer die kliënt nog gesond genoeg is om belangrike sake af te handel. Daar moet byvoorbeeld gekyk word na verliese wat deur die kliënt, maar ook betekenisvolle ander ervaar sal word. Sterwensbegeleiding is dus tweeledig van aard wanneer dit kom by emosionele maar ook praktiese sake, en dit nie net die kliënt bystaan nie, maar ook betekenisvolle ander bystaan. Sterwensbegeleiding is volgens die navorser 'n intense proses waar dit in die berader se hande gelaat word om die kliënt by te staan om met waardigheid te sterf. Dit sou dan vir die berader nodig wees om kennis te dra van aspekte wat deur die persoon met MIV bespreek sou word tydens sterwensbegeleiding.
- Aspekte wat deur die meerderheid respondente as belangrik aangedui is vir bespreking tydens sterwensbegeleiding vereis die volgende van die MIV-berader:
- Kennis van die respondent se spesifieke godsdienst indien die respondent verkies om met die berader daaroor te gesels
  - Inligting aangaande lewensversekering, polisse en die opstel van 'n testament sodat die berader die respondent kan bystaan deur verwysing na 'n deskundige
  - Kennis van die Wet op Kindersorg ten einde die respondent te verseker dat wetlike prosedures gevolg sal word wanneer kinders in pleegsorg of 'n kindershuis geplaas word of aangeneem word, en hierdie prosedures op 'n verstaanbare en gerusstellende wyse aan die respondent oorgedra kan word

- Inligting aangaande begrafnisonderneming ten einde die respondent en haar gesin by te staan deur hulle te verwys na relevante dienste, en die respondent en haar gesin dus nie bekommernisse daaroor hoef te hê nie
- Terapeutiese opleiding ten einde vrese en onsekerhede wat by die respondent en haar gesin mag voorkom te help konfronteer.
- So te sê alle respondente(88%) het genoem dat hul sou verkies dat hul gesins- en familieledede berading ontvang na afsterwe van die respondent. Die MIV-berader behoort dus te bepaal watter gesinslede sou baat vind by berading na afsterwe van die respondent en waarom hierdie gesinslede berading sou benodig. Veral kinders en eggenote/maats blyk 'n behoefte te hê aan berading. Dit blyk dat berading aan betekenisvolle ander nie alleenlik sou verband hou met ondersteuning en die hantering van gevoelens wat by gesins- en familieledede mag voorkom na afsterwe van die respondent nie, maar dat respondente ook 'n behoefte ervaar dat die rede vir hul sterfte aan oningeligte betekenisvolle ander bekend gemaak moet word. Respondente voel ook dat die erns van MIV aan oorblywende gesins- en familieledede oorgedra moet word ten einde te voorkom dat hierdie persone ook MIV opdoen. Die MIV-berader kan dus verwag om soms in 'n situasie gelaat te word waar gesins- en familieledede nooit ingelig is van die respondent se serostatus nie, as gevolg van 'n tekort aan tyd of omdat die geïnfekteerde persoon nie haar status wou bekend maak nie. Hierdie is nie 'n ideale situasie nie, maar mag wel voorkom.
- Laastens sal die MIV-berader na aanleiding van werkslading soms die besluit moet neem om sekere gesins- en familieledede na afsterwe van die kliënt te verwys na ander soortgelyke dienste waar nie-geïnfekteerde oorblywende betekenisvolle ander hulpverlening kan ontvang.

## **7.5 Aanbevelings**

Waar MIV-berading deur 'n opgeleide MIV-berader groot voordele kan inhou vir talle persone en gesinne wat deur MIV/Vigs geïnfekteer word, sou kennis en insig aangaande verbandhoudende probleme en behoeftes belangrik wees. Waar daar na die maatskaplike

werker en ander professionele persone en vrywilligers gekyk word as potensiële MIV-beraders word die volgende aanbevelings gemaak.

### **7.5.1 Aanbevelings vanuit die empiriese studie**

Afrika-vroue met MIV/Vigs en hul gesinne leef dikwels in armoede en kan selde ander gepaardgaande psigososiale-, emosionele- en mediese probleme aanspreek waar hulpbronne beperk of onderbenut is. Selfs waar hulpbronne wel beskikbaar is vir hierdie vroue en hul gesinne laat kulturele oortuigings en waardes baie Afrikane met 'n negatiewe houding teenoor MIV/Vigs en veral die Afrika-vroue met MIV/Vigs. Dit blyk dat slegs insig van hierdie spesifieke probleme die ontwikkeling van moontlike dienste vir hulpverlening sal meebring. Daar behoort dus gelet te word op watter probleme en behoeftes bogenoemde persone ervaar en watter van hierdie behoeftes nie deur bestaande dienste aangespreek word nie. Deur identifisering van laasgenoemde sou dit moontlik wees om nuwe dienste te help skep en sodoende die bestaande leemtes in dienslewering of hulpverlening te vul. Daar kan ook bepaal word of dienste wel in gemeenskappe beskikbaar is, maar as gevolg van die onsigbaarheid daarvan nie benut word nie.

### **7.5.2 Aanbevelings vir die maatskaplikewerkprofessie**

Die empiriese studie het getoon dat maatskaplikewerk organisasies geensins sigbaar is in gemeenskappe wat deur MIV/Vigs geaffekteer word nie. Laasgenoemde impliseer dat moontlike dienste wat aan hierdie gemeenskappe gelewer kan word, onderbenut is. Dit blyk dus nodig te wees dat maatskaplike werkers wat in die ideale posisie staan om op te tree as MIV-beraders na aanleiding van hul opleiding, nodig het om die dienste wat hul kan lewer bekend te stel in hierdie gemeenskappe. Maatskaplikewerk organisasies en ander welsynsdienste behoort dus projekte te loods ten einde gemeenskappe in te lig van hul bestaan en die tipe dienste wat hul lewer. Waar die Witskrif vir Maatskaplike Welsyn (1997:90) dan noem dat maatskaplike werkers onderbenut is in die veld van MIV/Vigs, mag bogenoemde bekendstelling van hierdie dienste, maatskaplikewerk organisasies moontlik toelaat om 'n groter rol te speel in die aanspreek van die MIV/Vigs-kwessie in Suid-Afrika.

### **7.5.3 Aanbevelings vir die opleiding van MIV-beraders**

In hierdie studie is dit beklemtoon dat daar nie in Suid-Afrika 'n multi-professionele span vir elke MIV-geïnfekteerde gesin beskikbaar is nie. Laasgenoemde hou nie alleen verband met getalle nie, maar ook met persone wat baie vêr van hospitale mag woon, veral in plattelandse gebiede. Deur lede uit die geïnfekteerde gemeenskappe te identifiseer en op te lei, kan bogenoemde probleme baie effektief aangespreek word. Daar behoort dus gelet te word op die ontwikkeling van programme vir die opleiding van vrywilligers as leke beraders in hierdie gemeenskappe.

Wat ander professionele persone wat daaglik in kontak kom met persone met MIV/Vigs aanbetref, blyk dit dat soorgelyke programme as bogenoem ook vir hierdie persone ontwikkel kan word. Hierdie studie het getoon dat veral mediese dokters op 'n daaglikse basis kontak het met persone met MIV/Vigs, en indien insig en kennis aangaande geïnfekteerde persone se behoeftes en probleme bekom kan word, sou dienste vanaf mediese personeel met empatie en sensitiwiteit gelewer kon word, en verwysing na ander relevante dienste moontlik wees.

### **7.5.4 Aanbevelings vir verdere navorsing**

Dit blyk dat sekere aspekte van die Afrika-kultuur sterk verband hou met Afrikane se benaderings tot MIV/Vigs. Daar kan veral gekyk word na aspekte soos die Afrika-vrou se minderheidstatus wat direk aanleiding gee tot onveilige seksuele verhoudings en onvoldoende skoolopleiding. Daar kan ook gelet word op hoe hierdie aspekte die Afrika-vrou in 'n situasie plaas waar sy selde in 'n posisie staan om self besluite te neem ten einde die verspreiding van MIV te voorkom, en dus haar eie veiligheid te verseker. Hierdie studie het getoon dat sekere aspekte van die Afrika-kultuur direk bydra tot die vinnige verspreiding van MIV in Suid-Afrika. Daar word dus aanbeveel dat verdere navorsing onderneem word ten einde te bepaal watter oortuigings, waardes of houdings onder Afrikane bydra tot die verpreiding van MIV. Daar behoort ook gelet te word op mites wat uit sekere kulturele oortuigings gespruit het en aanleiding gee tot onveilige of risiko gedrag.

## 7.6 Slotopmerking

Alle MIV-geïnfekteerde persone asook geaffekteerde betekenisvolle ander en hulpverleners, hoop dat daar binne-kort 'n moontlike genesing vir MIV/Vigs ontwikkel sal word. Laasgenoemde sou beteken dat miljoene persone oor die wêreld nie sou sterf en kinders wees laat en selfs die voortbestaan van gesinne in gevaar gestel word nie. Indien daar 'n genesing vir MIV/Vigs ontwikkel word sou navorsing in die geesteswetenskappe tot op hede, moontlik beskou word as irrelevant vir 'n MIV-vrye toekoms, maar tot op hede is daar nog geen genesing nie en bestaan daar miljoene gesinne wat daaglik in pyn, hartseer en armoede leef as gevolg van MIV/Vigs. Waar daar dus behoeftes en probleme bestaan as gevolg van MIV/Vigs kan die belang van navorsing en die ontwikkeling van programme om hierdie gesinne by te staan, nie uit die oog verloor word nie. Dit is die taak van elke persoon wat in kontak kom met MIV-geïnfekteerde en geaffekteerde persone, om hierdie pyn en hartseer raak te sien en te poog om behoeftes en probleme tot die beste van hul vermoëns aan te spreek. Laasgenoemde sou ook nie slegs verband hou met die onderneming van navorsing en die ontwikkeling van programme nie, maar ook om hierdie persone nie verder te stigmatiseer en te verwerp nie, maar eerder te poog om te verstaan hoe dit sou voel om self in hulle skoene te staan, of moontlik 'n geliefde aan die dood te moet afstaan as gevolg van MIV/Vigs.